

La prévention quaternaire en médecine générale

ENJEUX, OBSTACLES ET PROMOTION

PROMOTEUR : PIERRE-JOËL SCHELLENS – CO-PROMOTRICE : NADINE KACENELENOGEN



Année académique 2015-2016

Faculté de Médecine

Université Libre de Bruxelles

TABLE DES MATIERES

Résumé.....	1
Introduction	2
Recherche bibliographique	
- Méthodologie de la recherche bibliographique	3
- Résultats de la recherche	4
Recherche qualitative	
- Méthodologie de la recherche scientifique	6
- Résultats de la recherche.....	7
1. Concepts de prévention quaternaire : connaissance et perception.....	7
2. Acteurs et facteurs de surmédicalisation.....	7
3. Solutions envisagées.....	12
Discussion.....	14
Références.....	18
Remerciements.....	19
Annexes	

ABREVIATIONS

DCI	Dénomination commune internationale
EBM	Evidence Based Medicine (médecine basée sur les preuves)
ES	Effets secondaires
FF	Facteurs favorisants
FG	Focus group
Glem	Groupe Local d'Evaluation Médical
MG	Médecins généralistes
P4	Prévention quaternaire
PICO	Population Intervention Comparaison Outcome
Réf.	Références
v.	Voir
WICC	Comité International de Classification de la Wonca
WONCA	Organisation Mondiale des Médecins Généralistes

RESUME

Introduction

La prévention quaternaire (P4) vise à protéger les patients d'une médecine qui ferait plus de mal que de bien. Le but de notre recherche est d'identifier les opinions des médecins généralistes sur les déterminants de la surmédicalisation et les facteurs favorisant la prévention quaternaire.

Méthodes

Nous avons utilisé la méthodologie qualitative. Un total de 21 médecins ont été interrogés à travers deux focus group ayant eu lieu lors de Glem.

Résultats

Les généralistes ne connaissent pas le terme de prévention quaternaire mais sont confrontés fréquemment à cette problématique. Comme principaux facteurs de surmédicalisation, ils dénoncent des excès au niveau des hôpitaux ainsi qu'une demande importante de la part des patients. Ils imaginent favoriser la prévention quaternaire par le biais de la relation avec les patients, par une centralisation des données du patients et par des échanges avec leurs confrères, entre autres.

Conclusion

Notre étude de même que la littérature disponible suggèrent que les généralistes peuvent influencer la plupart des facteurs de surmédicalisation, leur rôle en prévention quaternaire semble donc essentiel.

INTRODUCTION

Depuis l'industrialisation, la médecine n'a eu de cesse de croître : découvertes scientifiques et nouvelles technologies ont contribué à une meilleure santé globale des populations (1,2). Le revers de la médaille est que malgré ses bonnes intentions, il arrive que la médecine, avec tous ses moyens, soit dans la démesure et fasse plus de mal que de bien. Ainsi, l'exercice du médecin généraliste consiste parfois à protéger le patient de la médecine elle-même.

Le terme de « prévention quaternaire » s'inscrit dans ce courant de pensée. Il est né en Belgique il y a environ 20 ans (3) et s'étend depuis à travers le monde. Certains lui trouvent d'autres appellations, mais une chose est certaine : un mouvement général de réflexion autour des limites de la pratique médicale est en train de grandir.

Depuis des centaines d'années, on enseigne aux futurs médecins le précepte « primum non nocere », « d'abord ne pas nuire ». Derrière un concept simple et commun, se cachent de nombreux obstacles : culturels, pratiques, mercantiles. Ainsi, si personne ne contredira cet aphorisme, la réalité clinique s'en écarte bien souvent.

Quels sont les facteurs en jeu ? Pourquoi « ne pas nuire » est plus compliqué qu'il n'y paraît ? Comment se prémunir des excès d'une médecine « toute puissante » qui se targue de tout prévenir, tout guérir ? Et enfin quels seraient les comportements ou mesures favorisant une médecine moins invasive et plus humaniste ?

Ce mémoire est un travail exploratoire visant à engager une réflexion autour des effets secondaires d'une surmédicalisation. Nous allons tenter de mettre en lumière, au moyen d'une analyse qualitative, les obstacles fréquemment rencontrés en soins primaires vis-à-vis de la prévention quaternaire ainsi que d'éventuelles pistes pour contourner ces obstacles.

Tableau 1

Prévention quaternaire	<ul style="list-style-type: none"> - quaternary prevention, - overdiagnos*, - overtreat*, - overprevention, - medical overuse, - overmedicali?ation, - disease mongering, - overuse health services, - unwanted medical care, - too much medicine, - inappropriate medicine, - inappropriate prescribing, - unnecessary medicine, - unnecessary procedures, - iatrogenic disease, - quaternary attitude, - medicali?ation, - non?disease, - primum non nocere, - polypharmacy.
Médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> - general practi*, - family medicine, - family doctor, - primary care, - primary health care.

RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

I. Méthodologie de recherche bibliographique

Notre recherche a été articulée autour de la thématique « prévention quaternaire en médecine générale ».

Ce sujet répondait mal aux modèles de formulation tels que le PICO.

Une liste de mots clés a toutefois été élaborée (cf. Tableau 1).

Nous avons commencé par explorer la littérature quaternaire (SSMG, INAMI, EBMpracticenet) et tertiaire (Minerva, KCE, Cochrane). A partir des termes clés, des équations de recherches ont été construites dans plusieurs bases de données (Pubmed, Bvsalud, DARE) ainsi que dans un portail de catalogues électronique (Scopus). Nous avons ensuite interrogé la littérature grise (Google Scholar) et visité le site de la BMJ ainsi que le site web « less is more medicine »¹. Les remontées bibliographiques nous ont permis de découvrir d'autres ressources. Enfin, nous avons reçu plusieurs articles du Dr. Jamouille.

Les critères de sélection étaient la langue (français et anglais) et l'adéquation au thème. Puisqu'il s'agissait le plus souvent d'opinions d'auteurs sans étude, il était plus difficile d'établir des critères d'évaluation systématique.

¹ <http://www.lessismoremedicine.com/>

Image 1 (5)

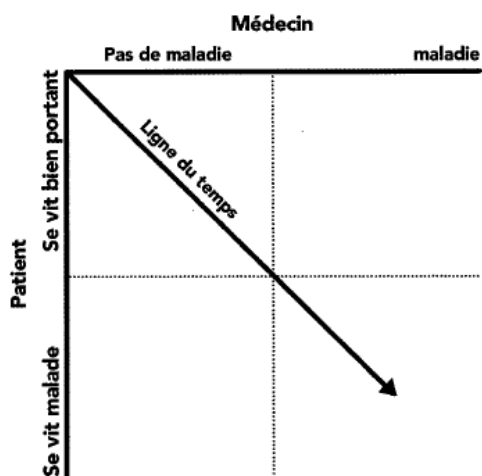


Image 2 (3)

		Vue du médecin	
		pas de maladie	maladie
Vue du patient	Se sent bien	Prévention primaire Action menée pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé d'un patient ou d'une population avant son émergence (ex ; vaccination)	Prévention secondaire Action menée pour prévenir à un stade précoce le développement d'un problème de santé d'un patient ou d'une population en réduisant sa durée ou sa progression . (ex ; dépistage de l'hypertension).
	Se vit malade	Prévention quaternaire action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables (ex EBM)	Prévention tertiaire Action menée pour réduire l'effet et la prévalence d'un problème de santé chronique d'une personne ou d'une population en minimisant le handicap fonctionnel induit par un problème de santé aigu ou chronique (ex ; prévention des complications du diabète)

II. Résultats de la recherche bibliographique

1. La prévention quaternaire

1.1. Genèse

Le terme de « prévention quaternaire » (P4) nous vient de deux médecins belges : les Dr. Marc Jamouille et Michel Roland.

En 1986, alors que le Dr. Jamouille assistait à un cours de santé publique, il lui est venu l'idée de créer un tableau à double entrée, type Chi2, basé sur la relation patient-médecin, et leur perception croisée de la maladie (« illness » vs « disease »). (3, 4)

En dessinant ce tableau, on obtient quatre types de situations : 1) patient et médecin sont d'accord sur l'absence de maladie, 2) patient se vit sain, mais le médecin voit en lui un malade, 3) patient et médecin sont d'accord sur la présence d'une maladie et enfin 4) patient se vit malade alors que le médecin le voit bien-portant. (voir Image 1)

Le Dr. Jamouille s'amuse alors de constater que les définitions des préventions primaire (lutte contre les causes des problèmes de santé), secondaire (diagnostic précoce) et tertiaire (réduction des complications), publiées en 1995 dans le glossaire Wonca de médecine de famille (6), s'intègrent parfaitement à ce tableau. (voir image 2)

En 1999, il propose alors avec le Dr. Roland la définition d'un quatrième type de prévention, qui entrerait dans le dernier champ : la prévention quaternaire.

Celle-ci est définie comme une « action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables ». (3)

Cette définition sera approuvée lors d'une réunion du WICC en 1999 et publiée dans le dictionnaire Wonca de médecine de famille en 2003. (3,7)

Cette approche de la prévention rompt avec la vision chronologique classique qui s'articule autour de l'apparition de la maladie, telle qu'elle est vue par le médecin (notons d'ailleurs que selon cette approche, le terme de prévention quaternaire était parfois utilisé pour parler des soins palliatifs). (8)

Le modèle proposé par Marc Jamouille est basé sur la relation patient-médecin (4,9), sur la rencontre du vécu du patient avec les connaissances du médecin. (9)

Par ailleurs, alors que dans le schéma chronologique le patient était l'objet de soins le long d'une ligne du temps (I, II, III ensuite), le tableau assimile mieux le fait qu'on puisse retrouver diverses situations préventives de manière synchrone pour un même patient. (8,9)

1.2. Champs d'action de la P4

Si la prévention quaternaire a été initialement imaginée comme un domaine d'activité caractérisant la situation d'un patient sain se vivant comme malade et étant à risque de tests ou de médications inutiles, il faut bien comprendre (car le tableau pourrait être trompeur à ce propos) qu'elle intègre l'ensemble des autres préventions. (9)

Il faut la voir comme une notion plus vaste, une « attitude quaternaire » (9) ou retour analytique sur sa propre pratique par le médecin. Ceci implique une prévention de la médecine excessive sous toutes ses formes (10) ainsi qu'une évaluation constante du rapport bénéfice/risque.

En prévention primaire, il peut s'agir par exemple de ne pas donner des médicaments qui visent à réduire les facteurs de risque d'une maladie chez une personne qui a peu de risque de développer cette maladie. En prévention secondaire : la lutte contre les dépistages non ciblés, contre le surdiagnostic ou encore contre l'étiquetage abusif de moments de vie en maladie. En prévention tertiaire : la juste utilisation des données médicales probantes, la pharmacovigilance, la déprescription de médicaments inutiles ou dangereux (1,8).

1.3. Expansion et projets liés

Voir annexes p.1.

Tableau 2 : facteurs de surmédicalisation

FF	Explication	Réf.
Moyens augmentés	Les nouvelles technologies à notre disposition permettent de détecter des anomalies de plus en plus petites. Des tests plus nombreux et plus sensibles impliquent forcément des prévalences augmentées, qui vont à leur tour surestimer le bénéfice des tests et thérapies.	11, 12
Culture de consommation	« C'est nouveau donc c'est forcément mieux » ou encore « Au plus, au mieux » sont des croyances populaires courantes. Les patients sont demandeurs de tests et traitements.	13, 12
Elargissement du concept de maladie	On appelle « maladie » des symptômes et signes qui correspondaient jusqu'alors à de simples processus physiologiques (ex: le vieillissement, la calvitie), à des facteurs de risques (ex : l'ostéoporose) ou à des problèmes sociaux ou personnel (ex : la phobie sociale). Ce processus d'expansion des définitions médicales peut être motivé par les intérêts de firmes qui tirent profit de la commercialisation des tests ou médicaments, c'est ce que Ray Moynihan appelle le « disease mongering » (façonnage de la maladie). De minimes modifications dans les « limites » de définition des normes et maladies peuvent donner d'importantes augmentations du nombre de personnes qualifiées malades. En changeant les limites, nous pourrions virtuellement tous être étiquetés de « malades », ce qui ne fait pas de nous des malportants pour autant.	14, 15, 16, 12, 11
Médecine centrée sur la maladie	Le système de santé est enclin à se porter sur la recherche de maladies spécifiques, et pas assez sur le patient et sa santé globale. En cherchant à se perfectionner et à se spécialiser, on multiplie puis juxtapose les recommandations de filières spécialisées, qui ne sont pas toujours appropriées pour les patients multimorbides qu'on rencontre en pratique.	15, 1
Profit et pression commerciale	Les influences mercantiles sont de plus en plus nombreuses et sophistiquées. Il est virtuellement impossible d'y échapper. Distinguer le « vrai » de l'information corrompue est une tâche extrêmement ardue, tant les lobbies sont sournoisement infiltrés, presque inextricables. D'autres part, certains médecins tirent un avantage financier à la réalisation d'actes techniques.	17
Média, internet	Ces ressources sont le relais d'informations qui ne sont pas toujours validées par les autorités de santé et qui pourraient dans certains cas être très anxiogènes, dans d'autres laisser penser au patient qu'on peut tout prévenir, dépister et guérir.	8, 18
Intolérance au risque et médecine défensive	La peur de rater quelque chose ou encore d'être poursuivi en justice pour faute professionnelle peut conduire des médecins à réaliser certaines interventions inutiles.	12, 4
Agir par « facilité » ou manque de temps	Gérer les problèmes des patients en ne se limitant pas à simplement prescrire des tests ou des traitements s'avère plus laborieux et chronophage. Le choix d'attendre et/ou de ne rien faire est beaucoup plus difficile que celui de céder à ses propres anxiétés ainsi qu'à celles du patient.	19, 20, 9, 4

2. Facteurs favorisant la surmédicalisation

On relève dans la littérature plusieurs éléments contribuant à un usage excessif des techniques médicales. Les connaître et les reconnaître pourrait aider à mieux apprivoiser la problématique de la surmédicalisation.

Le tableau 2 résume ces facteurs.

3. P4 : Pourquoi est-ce important ?

Le tableau 3 (verso) résume les impacts négatifs de la surmédicalisation.

4. Quelques moyens d'amélioration

On retrouve dans la littérature plusieurs mesures qui permettraient d'optimiser la prévention quaternaire. Ils sont résumés dans le tableau 4 (v. annexe p.2).

RECHERCHE QUALITATIVE

I. Méthodologie de la recherche scientifique

Notre étude est qualitative, elle cherche à observer les opinions d'un groupe de généralistes au sujet de la prévention quaternaire.

Elle vise premièrement à évaluer leur connaissance et leurs perceptions. Deuxièmement ce qu'ils pensent être des facteurs de risques de surmédicalisation, et enfin les solutions qu'ils imaginent pour favoriser la P4.

Pour ce faire, nous avons réalisé deux focus group lors de GLEM. Chacun d'eux étaient animés par un modérateur, tandis que je prenais la place d'observatrice. Le contenu des débats a été enregistré puis retranscrit. Nous avons ensuite procédé à l'analyse sémantique du matériel recueilli.

Pour plus de détails sur la méthodologie de la recherche, voir annexes p. 4.

Tableau 3

Effets néfastes d'une surmédicalisation		Réf
Effets secondaires directs		
ES des tests	Par exemple l'irradiation d'un scanner ou la perforation d'un colon.	21
ES des traitements	On estime que les effets indésirables des médicaments motivent environ 5% des hospitalisations	13
Effets indirects		18
Surdiagnostic	On parle de « surdiagnostic » lorsqu'on met en évidence des pathologies qui n'auraient pas causé de symptômes ou de décès prématurés (par exemple : de nombreux cancers subcliniques de la prostate, du sein ou de la thyroïde sont découverts à l'autopsie dans la population générale). En conséquence de quoi, ces patients vont souffrir de l'inquiétude générée par la maladie ainsi que des traitements potentiellement nocifs qu'on aura instauré chez eux. C'est le cas notamment des incidentalomes (découverte accidentelle lors d'imagerie de personnes testées pour d'autres raisons), dont une majorité est bénigne.	12, 18, 21, 22
Résultats inattendus anormaux	Ces résultats sont difficiles à interpréter et à gérer par le médecin généraliste.	27
Faux positifs	La probabilité pré-test d'une maladie sévère dans la pratique générale est relativement faible, ce qui implique une valeur prédictive positive très basse et des faux positifs fréquents. Si une personne saine est soumise à 10 tests non nécessaires, il y a 40% de chance qu'au moins un test revienne faux-positif. Un mammoth positif, par exemple, requiert des investigations supplémentaires qui aboutiront dans un cas sur dix seulement à la découverte d'un cancer.	23, 18, 21
Effets psychologiques	Anxiété du patient. Stigmatisation. Souffrance psychique d'une maladie découverte dont il n'existerait pas de traitement.	18, 11
Coût		
Les pratiques inutiles ont un prix (et ce d'autant plus qu'elles entraînent un phénomène d'investigations en cascade).		1
Gâchis des ressources limitées destinées à la santé	Toute dépense faite pour une cause, est une dépense perdue pour une autre	24
Question éthique	La surmédicalisation soulève un problème éthique. Que penser de la démesure des démarches de santé des pays riches comme le nôtre, ayant des bénéfices marginaux, alors que beaucoup de pays en voie de développement n'ont pas accès aux soins médicaux minimum qui leur sont nécessaires ? <i>“Too much testing of well people and not enough care for the sick worsens health inequalities and drains professionalism, harming both who need treatment and those who don't”</i> Margaret McCartney	15, 11

II. Résultats de la recherche qualitative

1. Concept de prévention quaternaire : connaissance et perception

On constate de la part des médecins une méconnaissance du terme « prévention quaternaire ». (FG1 P1 L3,5 ; FG2 P1 L4,5).

En revanche, lorsqu'on leur explique le concept, ils reconnaissent la présence d'une surmédicalisation autour d'eux.

« *On voit ça tous les jours hein* » (FG1 P1 L13 – H1)
« *Oh oui !* » (FG2 P17 L14 – H6) ; « *Certainement.* » (FG2 P4 L30 – H6)
« *Systématiquement.* » (FG2 P17 L15 – H2)

Ils citent d'ailleurs plusieurs exemples, en pratique hospitalière principalement (cf. infra), lors du suivi de grossesse (FG1 P2 L39 – F9), lors de certains dépistages (FG1 P3 L7 - H11) ou en fin de vie (cf infra).

On décèle de la part de quelques médecins une certaine méfiance vis-à-vis du concept : ils s'interrogent sur les motivations de ce courant, qui seraient peut-être liées à une volonté d'économie en matière de soins de santé.

« *Dites euh, quand notre future consœur dit 'primum non nocere', d'abord ne pas nuire, effectivement, mais... Ne pas nuire au budget de l'Inami, ou ne pas nuire au budget du patient ? (...)* Parce que le problème est là : quelle est la pression qu'on a ? » (FG2 P1 L34 – H7)
« *C'est évident qu'on est dans une époque où on nous donne des conseils exactement pour ne pas dépenser. Et moi je crois qu'à un moment ça devient un peu lourd aussi* » . (FG2 P2 L3 – H3)
_ H7 : *Moi j'ai l'impression que la grosse pression, qui va venir maintenant sur les jeunes médecins, c'est une pression financière. On dira 'Et si vous n'avez pas ce but là, on va vous réduire d'autant votre euh... '.*
_ H2 : *Ben c'est déjà le cas hein* (FG2 P10 L33)

2. Acteurs et facteurs de surmédicalisation

1) Hôpitaux

Beaucoup de médecins généralistes incriminent la pratique hospitalière.

« *Je crois effectivement que c'est plus valable à l'hôpital que chez nous* » (FG1 P1 L18 – H4)
« *Je crois qu'il y a une surconsommation en milieu hospitalier* » (FG2 P17 L20 – H6)

Encadré 1

« *Moi je vois les gens qui sortent des hôpitaux ont une liste de médicaments hallucinante, qui à mon avis n'est pas toujours justifiée.* » (FG1 P1 L20 – H4)

« *C'est le retour d'hôpital (...) à l'hôpital on additionne, on accumule, on fait une addition de diagnostics. Et en fonction de ça on additionne des médicaments* ». (FG2 P1 L28 – H5)

« *...moi j'ai des patients qui avaient trois médicaments, qui sont hospitalisés, et qui reviennent ou qui vont voir un spécialiste et qui revient avec deux médicaments en plus, et alors là allez contester devant le patient l'ajout par le spécialiste qui lui jouit quand même d'une certaine aura, (...), c'est pas toujours évident hein* » (FG2 P13 L24 – H7)

« *Mais, il y a les inhibiteurs de la pompe à proton par exemple, ils en ont tous hein quand ils sortent de l'hôpital.*» (FG2 P13 L29 – H3)

Encadré 2

« *Quel que soit le patient hospitalisé, quoi qu'on demande, c'est systématique : ils ont droit à la totale. (...) Systématiquement pour une mise au point, on tire des traits, et on fait toute une batterie d'exams, qui pour la plupart ne servent à rien !* » (FG2 P17 L16 – H6)

« *Et pour vous dire où on en est par rapport à la prise de sang, simplement l'hôpital Erasme avec son labo a fait l'année passée 18 millions d'analyses !* » (FG1 P4 L1 – H8)

_ H3 : « *Ils ont des biologies complètes tous les trois jours hein !* » (FG2 P17 L24)

_ H6 : « *Quand c'est pas tous les jours* »

_ H7 : « *... j'ai un patient qui (...) était resté quand même trois semaines à l'hôpital, et j'ai compté y avait 18 prises de sang, 18 jours différents de prises de sang ! (...)* »

_ H3 : « *Tu regardes même pas tellement y en a !* »

_ H2 : « *Ils s'anémient !* »

Encadré 3

« *Et ils n'acceptent pas les autres exams dans les autres hôpitaux qu'ils ont fait. Donc chaque hôpital doit faire ses exams* ». (FG1 P2 L8 – H5)

« *.. ça fait même pas 15 jours qu'ils sont sorti d'un hôpital, ils doivent aller dans un autre hôpital il doivent faire de nouveau tous les exams.* » (FG1 P2 L11 – H5)

« *Ce que j'ai vu aussi c'est que si par malheur cette personne qui sort du milieu hospitalier avec une batterie de tests effroyables (...) chute le lendemain, et arrive dans autre hôpital, on recommence exactement la même chose !* » (FG2 P17 L26 – H1)

« *...le médecin interniste chef qui dit '(...) il faut absolument que vous fassiez au moins UNE fois la prise de sang chez nous'* » (FG1 P1 L37 – H11)

Encadré 4

« *Vous allez 3 ou 4 ou CINQ fois dans l'hôpital universitaire, ou l'hôpital de quartier peu importe. Ça fait non seulement un retard par rapport au diagnostic, mais aussi une abondance d'exams et une abondance de consultations et de coût, alors que les choses peuvent être faite immédiatement et en une fois.* » (FG1 P2 L4 – H11)

Ils donnent en effet de nombreux exemples de surmédicalisation dans les soins secondaires et tertiaires. Ils citent une prescription importante de médicaments (v. encadré 1) ou d'examens complémentaires, notamment les prises de sang (v. encadré 2).

Ils évoquent une répétition injustifiée d'examens d'un hôpital à l'autre (v. encadré 3), ainsi que la multiplication des rendez-vous (v. encadré 4)

Il pourrait se cacher derrière ces attitudes des finalités économiques.

« ... c'est un problème économique. Ces hopitaux sont des grandes boutiques (...) il y a un commerce » (FG1 P1 L32 – H11)
« J'ai même un confrère très honnête (...) qui a été mis à la porte tout simplement parce qu'il ne rapportait pas assez ! » (FG1 P1 L32 – H11)

Certains observent cependant une tendance inverse, de déprescription, qu'ils trouvent parfois abusive (cf infra).

2) Les patients

2.1 Pression des patients

Les généralistes pointent également du doigt les patients, qui seraient demandeurs de prescriptions de médicaments (notamment d'antibiotiques et d'anxiolytiques) ou d'examens complémentaires (prises de sang, imagerie), et feraient pression pour les obtenir.

« Donc moi je pense aussi que le patient aussi est un problème » (FG1 P4 L15- F12)
« ... ce n'est plus le médecin qui décide, c'est le patient qui fait pression » (FG1 P5 L29 - H1)
« Je pense que c'est le patient qui veut beaucoup d'investigations. » (FG1 P4 L33 – H6)
« Une pression pour les prises de sang par exemple. ' Je veux savoir comment moi je vais', enfin alors qu'y a 6 mois on a fait une prise de sang. ». (FG1 P3 L5 – H4)
« Y a des patients qui viennent 'ok j'ai fait une prise de sang il y a pile poil un an, j'aimerais bien en faire une autre (...) je n'ai aucun souci'. En plus il a 22 ans... » (FG1 P3 L32 – H8)
« Encore récemment j'ai une personne qui a des problèmes de genoux (...) je lui dis qu'on va faire une petite radio (...) Elle me retéléphone ce matin : 'Et on ferait pas un scanner en même temps ?'. (FG1 P3 L17 – H11)
« Comme un patient qui vient chez moi, avant on commençait par une petite radio qui coutait rien etc, maintenant il me demande directement 'On peut pas faire une résonance magnétique pour mon genou ?'. » (FG1 P3 L24 – H5)
«.. je constate aussi une surmédicalisation vis-à-vis des anxiolytiques, et surtout à la demande du patient. » (FG1 P4 L30 – F3)
« C'est vrai que la moyenne des patients réclame beaucoup d'antibiotiques » (FG1 P13 L31 – H4)

Tableau 5

Eléments poussant les patients à faire pression sur les médecins pour certaines demandes diagnostiques ou thérapeutiques.		
Angoisse	L'anxiété des patients peut les pousser à demander certains examens.	« <i>il y a les angoisses des patients</i> » (FG1 P5 L25- H11) « <i>Parce que les gens ils sont tous anxieux hein, ils ont des problèmes d'anxiété.</i> » (FG1 P6 L6 – H5)
Impatience	Les patients s'attendent à guérir immédiatement, ce qui peut les pousser, le cas échéant, à consulter un autre médecin ou à vouloir des antibiotiques.	« <i>... il s'attend à ce que l'effet soit immédiat, alors tu leur dis qu'il faut attendre un jour, deux jours, une semaine, mais le lendemain, ils sont déjà chez un autre médecin ou un spécialiste.</i> » (FG1 P6 L39 – H8) « <i>... il faut s'évertuer à expliquer (...) entre guillemets que la nature va faire les choses, et que ça va mettre un certain temps.</i> » (FG1 P13 L32 – H4)
Croyances erronées	Les patients se font parfois de fausses idées : efficacité plus rapide lors de la multiplication des traitements, efficacité présumée des antibiotiques sur des affections virales, supériorité d'exams d'imagerie plus coûteux etc.	« <i>ils pensent directement que la meilleure chose c'est la résonance magnétique, les prises de sang, et ça et ça...</i> » (FG1 P4 L19 – H10) « <i>Les gens s'imaginent même dans une virose, qu'ils vont être plus vite retapés avec un antibiotique</i> » (FG1 P13 L34 – H4) « <i>Oui mais moi j'ai aussi l'impression que les patients pensent que c'est les prises de sang ou l'imagerie va les soigner.</i> » (FG1 P4 L13 - F12) « <i>il pense que deux médicaments vont avoir un effet synergique et qu'il va guérir plus vite.</i> » (FG1 P6 L43 - H8)
Ignorance	Inconscience des nuisances liées à la prises de médicaments ou à l'utilisation d'imagerie.	« <i>Mais il oublie, il oublie que le revers de la médaille c'est qu'il nuit à sa santé, c'est que trop de médication ça peut nuire à son état.</i> » (FG1 P9 L19 – H1) « <i>Les patients oublient souvent que les radios sont pas des photos de vacances.</i> » (FG1 P9 L21 – H8)

Les facteurs qui influencent ces demandes sont multiples : angoisse, impatience, méconnaissance. Ces points sont développés dans le tableau 5.

Les croyances erronées des patients peuvent être véhiculées par leurs proches, par les médias, la télévision ou internet.

« C'est le modernisme hein, c'est internet c'est tout. (...) C'est un peu les idées données, ce sont les magazines évidemment, ce sont les voisins des voisines, c'est la communication, ce sont les médias aussi. Les médias sont extrêmement fautifs dans tout ça. » (FG1 P3 L17 - H11)

« Parce que son voisin a fait une prise de sang ». (FG1 P3 L37 – H10)

« Le problème c'est la télévision, c'est les médias. Du coup ils vont directement demander ça, demander ça. Il y a des programmes sur la santé, ils pensent directement que la meilleure chose c'est la résonance magnétique, les prises de sang, et ça et ça... » (FG1 P4 L18 – H10)

Plusieurs médecins constatent que les patients font du « shopping » médical : lorsqu'ils n'obtiennent pas les examens ou traitements désirés, ils vont voir ailleurs.

« Les patients qui n'ont pas ce qu'ils veulent vont aller chez quelqu'un d'autre. » (FG1 P6 L30 – H1)
« Les patients (...) si on ne leur fait pas le scanner, qu'on ne leur fait pas la résonance magnétique il va changer d'hôpital. Moi j'ai vu plusieurs patients, la même journée il a changé deux ou trois fois d'hôpital parce qu'il n'a pas fait de scanner. » (FG1 P4 L24 – H10)

«... il y a des patients qui ont un syndrome viral, tu dis que tu donnes un anti-inflammatoire, il voit que c'est pas normal, il va voir un autre médecin généraliste qui donne des antibiotiques. » (FG1 P6 L 33 - F12)

« En Belgique, y a des patients de 86 ans qui habitent dans maison de repos, il a changé 12 médecins en un an, parce que ces médecins là ça plait pas. » (FG1 P7 L4- H7)

2.2 Méconnaissance vis-à-vis de leur traitement

Certains patients manquent d'informations : ils ne connaissent pas les raisons de leur traitement, ou encore ne comprennent pas l'équivalence thérapeutique des DCI, ce qui peut mener à des duplications médicamenteuses.

« Le Lisinopril par exemple, maintenant le Lisinopril y a une vingtaine de sociétés qui produisent le Lisinopril (...) le patient commence à prendre toutes les choses en même temps (...) Tous les patients ils ne sont pas bien informés sur certains médicaments. » (FG1 P13 L9 – H5)

« Je suis étonné, mais il y a des patients qui prend des médicaments parce que le spécialiste lui a donné, sans lui expliquer pourquoi » (FG1 P13 L5 – H8)

Encadré 5

« Le temps qui est réservé à la consultation. Vous avez une idée combien de temps on a pour une consultation ? » (FG2 P9 L1 – H8)

« (...) le problème c'est le manque de temps, si on veut gagner sa vie décemment on est obligés d'abattre un travail monstrueux (...) Il faut avoir plus de temps pour pouvoir téléphoner (...) on l'a pas ce temps, on nous le donne pas. » (FG2 P3 L12 – H2)

Encadré 6

« ...il y a certains médicaments qu'on pourrait retirer c'est vrai je crois. Mais bon, on se dit 'Si on le retire, qu'est-ce que ça va donner' ? » (FG2 P15 L6 – H3)

« Mais il est un fait qu'on a parfois tendance, surtout le vendredi soir (...) à donner un antibiotique parce que on est pas là le weekend, et que ça va peut-être s'aggraver. » (FG2 P6 L3 – H7)

« Et puis après elle va se retrouver à l'hôpital et on va te taper dessus parce que t'as pas tapé assez fort. » (FG2 P16 L29 – H2)

« Jusqu'au jour où tu le fais pas et puis t'as un PSA à 20, t'as des méta osseuses partout et... » (FG2 P24 L1- H2)

Encadré 7

«... c'est qu'y a pas de consensus entre nous. Si un patient vient chez vous et que vous dites non, et qu'il va chez un voisin qui dit 'oui', ben c'est comme ça qu'y a une discordance. » FG1 P6 L28 – H1

« Même les médecins, il y a des patients qui ont un syndrome viral, tu dis que tu donnes un anti-inflammatoire (...) il va voir un autre médecin généraliste qui donne des antibiotiques. Ça dépend aussi des médecins. » (FG1 P6 L 33 - F12)

Encadré 8

« y a des gens de 85 piges on te demande de surveiller les cholestérols et des trucs pareils, moi je sais pas je trouve qu'il y a effectivement matière à discussion ». (FG1 P1 L22 – H4)

« En fonction de l'âge. En fonction de l'âge t'as des choses qui deviennent tout à fait obsolètes (...) Donner une statine à quelqu'un de 95 ans qui la prend depuis 15 ans... » (FG2 P4 L11 – H6)

« Mais le problème maintenant quelqu'un de 85 ans elle a encore un espoir de vie ». (FG2 P4 L14)

« Pour le diabète on corrige un petit peu plus haut chez les personnes âgées. Mais bon, on les retire pas pour autant hein. Donc moi j'crois qu'y a pas tellement de ... Y a les statines peut-être. » (FG2 P5 L1)

« A part cardiaque, hypertendu euh... Le diabétique, même s'il est âgé, on va pas remettre en cause ses médicaments parce qu'il est trop âgé. » (FG2 P5 L5)

2.3 Problèmes de communication

Certains patients ne transmettent pas toutes les informations au médecin qu'ils consultent.

« *ils ne parlent pas du médicament qu'ils ont déjà reçu, il reprend l'histoire du début* » (FG1 P6 L41 – H8)

« *Parfois le patient aussi il te dit pas toujours ce qu'il fait* ». (FG1 P13 L7 - H5)

3) Médecins généralistes

Plusieurs médecins estiment que le problème n'est pas de leur fait (FG1 P8 L31 – H4).

_ H6 : « *Qu'est-ce qu'on prescrit à part des prises de sang ? Combien de scanners par semaine, allez, ici autour de la table ? Combien de résonances magnétiques par semaine ?* » (FG2 P18 L15)

_ H9 : « *Combien par semaine... par mois !* »

Cependant d'autres envisagent tout de même qu'ils puissent contribuer à la surmédicalisation, et admettent qu'il est parfois difficile de juger sa propre pratique.

« *Non, même nous hein ! Nous aussi hein.* » (FG2 P3 L35)

« *De temps en temps, oui. Je pense que c'est bon de prendre du recul par rapport à un traitement qu'on a mis pendant des années* » (FG2 P4 L6 – H4)

« *C'est difficile de remettre en question sa propre prescription en se disant peut-être qu'on fait pas si bien que ça.* » (FG2 P14 L2 – H2)

« *Ben il y a probablement une inertie du terrain (...) mais... On a tous l'impression qu'on ne travaille pas si mal que ça* ». (FG2 P13 L15 – H2)

Leur surprescription peut venir d'un manque de temps (v. encadré 5). Elle peut également survenir par crainte de l'évolution négative d'un processus pathologique, pour laquelle ils pourraient éventuellement être tenus responsables (v. encadré 6). Ou encore être liée à une discordance entre leurs pratiques (v. encadré 7).

Nous constatons des divergences d'idées quant à la prise en charge des personnes âgées : certains pensent qu'il y a exagération, d'autres estiment que le vieillissement ne justifie pas un abandon thérapeutique ou préventif. (v. encadré 8). L'arrêt de certains dépistages à partir d'un âge donné fait également débat. (v. verso encadré 9, au verso)

Encadré 9

<p>« Mais même chez quelqu'un de valide bah à 85 ans tu fais une colono euh, pfff... Si la dernière est normale euh... » (FG2 P7 L19 – H2)</p>	<p>« Tetetetete [pointe du doigt H2] ! Mon frère de 88 ans vient de se faire faire une entérectomie ». (FG2 P7 L21 – H7)</p>
<p>« La morbidité reste la même mais la mortalité diminue avec l'âge, on a de plus en plus de temps pour les soigner et les sortir avec une chimio de deuxième intention sans qu'ils aient un pronostic vital engagé différent (...) Elle n'a pas une mortalité différente, ça sert à rien de faire des mammothests tous les deux ans hein chez elle. » (FG2 P8 L18 – H5)</p>	<p>« Bon, l'espérance de vie est quand même beaucoup plus grande hein, bon. S'ils ont un cancer du sein à 80 ans il faut les soigner hein. » (FG2 P8 L10 – H3) « Moi je peux te dire que des femmes de 74-75-76 ans j'en ai eu qui ont eu des cancers du sein et qu'on avait pu découvrir. Et donc il faut continuer ». (FG2 P8 L1 – H7)</p>

Encadré 10

<p>« Ils ont une tendance à donner des leçons. (...) Par rapport à des médicaments qui fonctionnent très bien mais ils voient pas. Ça faisait 20 ans que ça gênait personne mais ils l'arrêtent. » (FG2 P3 L2 – H3). « ... la majorité des médecins présents ici, ils vont encore à l'école avec leurs cahiers, leur bouliers compteurs et leur bic pour signer des agréments et suivre des cours de, enfin de mise à jour, et on n'est pas disons euh... Si rétro que ça quoi, par rapport à des prescriptions qui sont actuellement recommandées, moi j'ai l'impression. Mais, oui, il faut pas nous regarder non plus comme des brontausores quoi hein. » (FG2 P7 L27 – H5) « Nos vieux deviennent de plus en plus vieux, de un. Si on prescrivait aussi mal, peut-être qu'ils ne vivraient pas aussi vieux qu'ils arrivent » (FG2 P11 L22 – H5)</p>

Encadré 11

<p>« Mais on n'aime pas le donner mais il y a une balance, si on l'a donné à un moment c'est que y avait une balance hein, c'est qu'y avait une raison. » (FG2 P9 L33 – H3) « Ils font bien les leçons mais ils voient pas le résultat, hein. » (FG2 P9 L25 – H3) « ...tu as des médicaments dont les effets secondaires sont importants mais que tu acceptes parce qu'ils ont un bénéfice. Donc, par exemple tu vas donner un Xanax ou un truc du genre à quelqu'un qui... ça lui permet de vivre avec sa famille, mais tu augmentes le risque de chute. » (FG2 P5 – H7) « Mais, même les AINS hein, chez des vieux, qui ont même eu une petite insuffisance rénale(...) 'Quand vous me donnez votre Voltaren 100, là je peux encore vivre'. Voilà, j'dis 'Oui c'est mauvais pour vos reins' (...) mais bon, il vit, sinon il a tout le temps mal, bon... » (FG2 P5 L14 – H4) « Ils arrêtent tout, une semaine après, on doit tout remettre. (...) Elle avait démonté tout le service, elle avait jeté les lits par les fenêtres... » (FG2 P10 L8 -H9) « ... on te dit souvent (...) 'Oui mais le Risperdal c'est très dangereux', mais quand des gens rentrent dans leur habitation habituelle, il faut qu'ils vivent avec les autres...(...) Et donc tu as un souci de convivialité entre autres en home, mais même à la maison (...) bien que c'est pas bon, c'est interdit, ça les fait tomber, ça donne du Parkinson euh... » (FG2 P10 L17 – H7) « Moi j'ai une patiente ici qui est sous neuroleptiques, dès le moment où on l'arrête elle tape sur sa voisine. On va pas l'arrêter ! » (FG2 P10 L15 – H2)</p>

Les généralistes s'offensent parfois qu'on puisse mettre en doute certaines de leurs attitudes (v. encadré 10).

Ils défendent leurs conduites en avançant un principe de risque/bénéfice favorable, que ne perçoivent pas toujours les spécialistes, qui ne considèrent pas le patient dans son environnement (v. encadré 11).

Ils ont le sentiment de prescrire moins qu'avant. Ceci serait dû en partie à certaines campagnes, qui les mettraient sous pression.

« Est-ce que c'est aujourd'hui la pression justement dont on parlait tout à l'heure euh... environnementale, mais moi j'ai le sentiment de prescrire moins aujourd'hui qu'il y a dix ans. Ça c'est mon sentiment. A raison ou à tort. Et de faire beaucoup plus attention aux interactions, aux effets secondaires. » (FG2 P15 L8 – H6)
« Beh, pfff, les campagnes ! A force d'être maltraités... » (FG2 P6 L8 – H3)

Ils décrivent une différence entre leur pratique et celle de leurs prédécesseurs, d'une part, qui prescrivaient plus largement, leurs successeurs d'autres part : qui auraient tendance à prescrire moins et utiliseraient plus les guidelines. Un des intervenants a le sentiment que l'enseignement actuel démontre les médicaments.

« Moi j'ai remplacé un médecin qui donnait de l'Indocid 50 3fois par jour depuis 5 ans à ses patients hein. Ils se portaient bien d'ailleurs, ils avaient de petits ulcères de temps en temps ». [Rires] (FG2 P9 L12 – H3)
« quand j'ai commencé à travailler les gens me parlaient de leur médecin traitant d'avant, où à chaque visite on changeait les médicaments parce que ça n'allait pas encore mieux. (...) y avait des médecins où je demandais quand j'étais de garde 'Donnez-moi la boîte', pour voir ce qu'il y avait dedans parce qu'il y avait tout ! » (FG2 P15 L32 – H7)
« Mais j'ai été il y a 2-3 jours à une réunion y avait une jeune doctoresse, et on parlait du PSA. Moi j'dis 'Le PSA je le demande tous les ans à partir de 50 ans' (...) Elle elle demande pas. On lui a dit qu'il fallait pas demander. » (FG2 P23 L31 – H3)
« Il y a un problème nous on ne fonctionne pas avec les guidelines, et les assistants oui. » (FG2 P3 L8 – H3)
« Oui mais maintenant on est dans une situation où une situation où on parle du médicament en faisant peur plutôt qu'en voyant le bénéfice du médicament.(...) Et je trouve qu'aux jeunes on leur apprend « ne pas employer ça parce que c'est dangereux (...) (...) En 76 c'était pas comme ça. » (FG2 P9 L1 – H3)

Encadré 12

« Pour moi la grande influence (...) c'est la gratuité des soins. Plus le patient bénéficie du statut social, du CPAS etc, plus ils sont demandeurs des examens, ils sont friands d'excès. » (FG1 P5 L12 - H1)

« Avec le tiers payant aujourd'hui le patient n'est plus responsable. » (FG1 P5 L34 – H11)

« Bien sur il y a une cause, c'est-à-dire la gratuité des soins, les gens profitent. Parfois nous sommes victimes aussi de ces systèmes. » (FG1 P9 L11 - F2)

« La médecine a un coût. Le patient lui n'a pas idée. Il n'a pas conscience. (...) si vous prenez un patient qui ne paye pas, c'est normal qu'ils font du shopping, qu'ils essaient un peu de voir comme au supermarché (...) voir ce qui marchera mieux. » (FG1 P9 L13 - H1)

« Nous ne sommes pas respectés du tout, un euro, on paye dans les toilettes publiques, pas au médecin ! (...) C'est une honte ! » (FG1 P9 L26 - F2)

« (...) par exemple les français qui arrivent chez nous ont encore plus de médicaments parce que c'est encore mieux remboursé. » (FG2 P4 L34 – H7)

Encadré 13

« il y a moins de consommation de médicaments, il y a moins de consommation d'actes techniques (...) le patient, à la place de faire un acte technique par exemple (...)il vient chez le généraliste ». (FG1 P5 L38 – H5).

« ... tu parles beaucoup avec lui, ça va rentrer dans sa tête, à la place d'avoir une surconsommation de médicaments, il va commencer un régime s'il est obèse ou s'il prend beaucoup de sel. La gratuité des soins, le tiers payant ... c'est beaucoup moins cher pour le patient, pour l'Etat, pour l'INAMI. » (FG1 P6 L9 – H5)

Encadré 14

« Au niveau de la solution, ma voisine me souffle à l'oreille, moi je suis dépassé, mais, c'est le dossier informatisé (...) A partir du moment où il y a une transmission des données, je pense que c'est une bonne solution. » (FG1 P7 L16 - H11)

« Moi je pense, si c'est possible, centraliser tout le dossier médical d'un patient (...) directement l'accès à toutes les données avec la carte d'identité du patient. » (FG1 P7 L29- H5)

« Au sujet des dossiers, les dinosaures comme moi, informatiser, centraliser... Ca peut être un cahier hein, un cahier d'école, je l'ai fait plusieurs fois et ça marche bien. » (FG1 P8 L16 - H11)

« Je crois qu'un dossier commun, je crois que c'est vers ça qu'on évolue. Voir si le gars a fait un shopping médical, voir les traitements (...) Donc moi je crois que le dossier informatisé global c'est pas mal. » (FG1 P12 L5 - H4)

Encadré 15

« Ben Abrumet serait la porte ouverte à ce genre de truc mais c'est pas encore, enfin voilà. » (FG2 P3 L21 – H2)

« Beh, écoute, Abrumet : un bel exemple, une patiente qui a été hospitalisée vendredi pour probablement un vanishing twins là, elle a été vue à St Pierre où on lui a dit qu'elle avait rien une infection urinaire, puis elle est allée à St Elisabeth où ils ont posé le diagnostic. Sur Abrumet : St Pierre je n'ai aucune trace du passage et sur St Elisabeth j'ai la prise de sang. (...) Ce qui n'est pas mal, mais je n'ai aucun échographie euh.. Rien du tout. » (FG2 P3 L22 – H7)

« ... je crois qu'avec l'histoire des nouvelles ordonnances, les gens vont être un peu plus serrés. Parce qu'il y a des gens qui stockent des médicaments chez eux. On aura une meilleure surveillance. Donc moi je crois que le dossier informatisé global c'est pas mal. » (FG1 P12 L6 - H4)

4) La gratuité des soins

Plusieurs médecins perçoivent la réduction du coût des soins comme facteur encourageant une hyperconsommation de la part des patients, qui sont alors déresponsabilisés.

(v. encadré 12)

Mais tous ne partagent pas cet avis : l'un d'entre eux pense au contraire qu'un accès facilité au généraliste permet un recours moindre à la seconde ligne et aux examens techniques, et une plus grande influence en prévention primaire (v. encadré 13).

3. Solutions envisagées

Plusieurs mesures favorisant la prévention quaternaire ont été proposées par les médecins.

1. La centralisation des informations

La centralisation des informations relatives au patient, qu'elle se fasse au moyen d'un cahier ou d'un dossier informatisé, permettrait une meilleure communication entre les prestataires de soins (v. encadré 14). Il a été remarqué qu'Abrumet et était un premier pas dans cette démarche, mais n'était pas encore tout à fait au point. Recip-e pourrait aussi aider. (v. encadré 15)

2. Agir sur le patient

Plusieurs médecins ont convenu qu'il fallait expliquer les enjeux aux patients et les faire participer activement afin de les responsabiliser. L'éducation du patient peut se faire par le médecin lui-même ou par des campagnes de sensibilisation (v. encadré 16, verso). Il est toutefois admis que ceci n'est pas toujours chose facile.

« je pense qu'il faut essayer en effet d'expliquer aux gens, avec certains ça marche, avec d'autres pas du tout. C'est compliqué... » (FG1 P7 L26 - F9)

« En lui expliquant peut-être bien les choses, moi j'essaie d'expliquer un peu aux gens. Enfin ça marche ou ça marche pas. » (FG1 P7 L6 – H4)

« Ce n'est pas exactement la même manière que on vous apprend dans l'école de médecine. Moi quand je sors de l'école, je pense «peux expliquer au patient, comme mes professeurs m'ont dit », mais vous verrez quand vous travaillez, ça n'a rien à dire ». (FG1 P7 L13 – H7)

Encadré 16

« Et faire partager la responsabilité ! » (FG1 P5 L34 – H11)
« Il faut responsabiliser tous les acteurs ». (FG1 P12 L13 - H1)
« Des campagnes de médiatisation. » (FG1 P12 L18 - H4)
« Je pense que effectivement il faut faire participer de façon active le patient. (...) Tant qu'il est passif il ne se rend pas compte » (FG1 P12 L20 – H11)
« En essayant d'expliquer » (FG1 P7 L5 – F9)
« Il faut l'éducation du patient » (FG1 P4 L16 – H11)
« il faut une campagne, informer les gens. » (FG1 P4 L17 – H10)
« C'est l'éducation du médecin, l'éducation du patient, essayer de centraliser. » (FG1 P13 L21- H4)
« Il faut éduquer le patient, il faut l'informer, poser les bonnes questions. » (FG1 P13 L30 - H5)
« On en revient à l'éducation du patient et du médecin. 'Ecoutez, on comprend vos soucis, mais tout cela coûte, est-ce vraiment nécessaire ?' » (FG1 P5 L32- H11)

Encadré 17

« Les patients anxieux ils se concentrent beaucoup chez les médecins (...), mais à la fin il faut quelqu'un qui les conforte, qui les convainc. Donc c'est ça que le patient, à la place de faire un acte technique par exemple, les patients il va payer, pour les radio etc. à la place, il vient chez le généraliste. Le généraliste va faire son travail comme un psychiatre, il écoute, il conforte le patient. Une grande partie des patients ont besoin aussi d'un confort psychologique, et ça fait partie aussi de la médecine préventive.» (FG1 P5 L39 – H5)

Encadré 18

« Alors là c'est notre faute parce que c'est nous qui doit dire non. » (FG1 P5 L17- H5)
« Il faut apprendre à dire non ». (FG1 P5 L1 – H11)
« Je pense qu'il faut essayer d'être intègre. » (FG1 P7 L28 - H4)
« Admettre aussi que (...) je n'ai pas ces compétences. Je ne peux pas admettre de vous donner un traitement, je ne comprends pas ce que vous avez, je ne vois pas ce que vous avez ». (FG1 P5 L4 – H11)

Encadré 19

« Ça je pense que ce soit quelque chose qui est un des facteurs de bonne prescription, c'est de pouvoir comparer, soit avec un confrère, soit dans des groupes des gens qui sont à deux ou trois, dans un cabinet, je sais pas si vous faites des discussions entre vous. » (FG2 P12 L21 – H7)
« c'est le principe des glem, entre autres, c'était ça au départ. C'est de prendre un cas, voilà on explique 'Il a ça, il a ça... Qu'est-ce que vous pensez de mon traitement ? ' » (FG2 P14 L11 – H7)
« Et alors tu as un truc qui est pas mal non plus, il y a de plus en plus d'hôpitaux qui le font (...) ce sont les (...) hot lines ! » (FG2 P21 L7 – H7)
« On peut téléphoner quand on veut, on dit 'Tiens, j'ai un problème' ». (FG2 P21 L22 – H3)

3. Les médecins :

Les médecins généralistes perçoivent qu'ils ont un rôle particulier à jouer. Ils ont un pouvoir de réassurance important vis-à-vis des patients (v. encadré 17) et ils sont plus à même d'adapter les recommandations en fonction de ce qu'ils connaissent des patients et de leurs contextes de vie.

« Finalement c'est le médecin généraliste qui va faire la synthèse de la personne que vous avez en face de vous, c'est lui, c'est pas les guidelines. Les guidelines c'est un guide, le mot le dit. Ce sont des idées. C'est à vous d'intégrer et de voir en face de vous (...) il faut la mettre dans son contexte de vie, et seul le médecin généraliste, même pas le médecin spécialiste, peut le faire. » (FG1 P11 L18 – H11)

« Bref, je veux dire qu'en tant que médecin généraliste, on voit le patient, on voit comment il est ». (FG1 P10 L37 – H11)

« Oui, effectivement, il y a l'aspect théorique, il y a l'aspect hospitalier, et puis il y a la pratique ». (FG1 P10 L11 - H11)

« Bon, je crois qu'il faut revoir la personne dans sa vie ». (FG1 P10 L32 –H11)

« En fait tout l'art de la médecine générale, c'est de personnaliser les guidelines à un patient. Et je prends l'exemple de mon confrère, quand tu dis qu'un patient fait du jogging et, et qu'à côté il a un cholestérol à 210. S'il est bien portant etc, et qu'il a aucun facteur de risque, et bien je lui foutrais la paix ! » (FG1 P11 L9 – H1)

« On applique, ça dépend de la pathologie du patient, des habitudes du patient etc. (...) c'est très important pour connaître l'histoire du patient » (FG1 P11 L24 – H6).

« On ne soigne pas des chiffres, on ne soigne pas des radios. Les chiffres de laboratoire, vous savez ce que c'est : c'est la courbe de Gauss, les cut-off... Moi je soigne jamais un patient sur un chiffre. » (FG1 P11 L39 – H1)

« Et c'est vrai qu'on est peut-être les mieux placés pour arrêter les médicaments parce qu'on connaît nos patients. Ou ne pas les arrêter » (FG2 P10 L14 – H2)

Les qualités mentionnées pour favoriser la P4 sont la fermeté : savoir dire non, l'humilité et l'intégrité (v. encadré 18). L'échange entre confrères a aussi été suggéré pour aider à une prescription plus raisonnée. (v. encadré 19). Enfin, il serait bon de réévaluer fréquemment l'utilité des traitements prescrits aux patients chroniques.

« Oui, moi je pense que ce qu'on pourrait faire chez des gens chroniques (...) C'est de se dire tous les 6 mois ou tous les ans, enfin 'Tiens, je prescris ça... Est-ce qu'il en a encore besoin ? » (FG2 P19 L3 -H7)

Il apparaît que les médecins ne connaissent pas ou peu les outils d'aide à la déprescription. (FG2 P6 L19)

DISCUSSION

Points forts et points faibles de l'étude

Cette étude présente plusieurs faiblesses. Premièrement, il s'agit d'un sujet très vaste, il est donc difficile de le couvrir entièrement pour en retirer des éléments de conclusions probants. Deuxièmement, nous n'avons pas atteint la saturation externe d'idées, il aurait été bon de réaliser un ou deux focus group supplémentaires. Ensuite, la réalisation de focus group dans des Glem implique que les intervenants se connaissent entre eux, ce qui peut contrarier le libre échange d'opinions. En outre les deux Glem ont eu lieu dans la Région de Bruxelles, ce qui peut induire un biais d'échantillonnage.

Lors du second FG, le modérateur a eu une participation active à la discussion, il se peut qu'il ait parfois manqué de neutralité dans ses réactions. Enfin, à plusieurs reprises je suis intervenue lors des débats en espérant recadrer l'une ou l'autre chose, ce qui est contraire aux bonnes pratiques d'un observateur.

Les atouts de cette étude sont qu'elle permet d'explorer, pour la première fois en Belgique, ce que les acteurs de terrain « naïfs » pensent vraiment du concept. En effet, les documents de référence viennent d'auteurs qui sont, ipso facto, sensibilisés à la P4 et ne nous offrent pas une vue sur l'opinion « commune » des MG. L'obligation (partielle) de la participation des généralistes aux Glem (v. annexe p.47) nous évite un biais de sélection. On pourrait en effet imaginer que si la participation aux Glem était volontaire, nous aurions dans l'échantillon observé des médecins particulièrement concernés par la formation continue. Cette étude a permis la mise en évidence de nombreux déterminants de la surmédicalisation à travers des situations concrètes vécues par les généralistes. Enfin, la simple tenue de ces discussions est en elle-même une belle sensibilisation des médecins à la problématique de la surmédicalisation et concourt ainsi à une promotion de la P4.

Discussion autour de la recherche bibliographique

Voir annexe p. 48.

Discussion des résultats

Malgré la méconnaissance du terme de prévention quaternaire par les participants à nos focus group, il est évident que le concept relève de la pratique quotidienne du médecin généraliste. (4)

Les médecins interrogés ont mis l'accent sur la responsabilité des seconds et troisièmes niveaux de soins dans la surmédicalisation. Un meilleur partenariat entre les différentes lignes de soins serait profitable (1), il pourrait se faire entre autres par le biais de la centralisation des données du patient. La littérature suggère qu'un renforcement des soins primaires minimiserait les actes inutiles, favoriserait la juste utilisation des 2^{ème} et 3^{ème} niveaux de soin, la satisfaction des patients ainsi que la qualité des soins (25). Nous pourrions donc imaginer l'échelonnement comme une solution envisageable à la surmédicalisation, mais ceci n'a pas été proposé lors de nos focus group.

La présence d'une pression mercantile est dénoncée dans la littérature (16, 17) comme dans notre étude. Ceci nous rappelle l'importance de l'esprit critique et de l'intégrité de chacun (24).

Le patient joue un rôle certain dans la surmédicalisation, la pression ressentie par les généralistes est appuyée par plusieurs études qui suggèrent que le niveau de satisfaction des patients était directement lié à un accès augmenté aux tests et aux traitements, et ce même si ceux-ci pouvaient être associés à de plus grandes nuisances (12).

Se pose alors la question des éléments qui sous-tendent ces demandes.

L'angoisse, les croyances erronées et l'ignorance ont été citées par nos participants.

La réponse la plus logique serait donc de s'évertuer à écouter les patients, à mieux les informer, à mettre à leur disposition nos connaissances afin qu'ils puissent mieux comprendre les enjeux de leur santé et ainsi participer activement au raisonnement préventif, diagnostique ou thérapeutique les concernant (13). Ceci est d'autant plus important qu'une étude a démontré que les effets prouvés de certains dépistages et traitements préventif étaient inférieurs à ce que les patients imaginaient et surtout à ce qu'ils jugeaient acceptable (26).

Bien entendu toutes ces mesures supposent de prendre le temps (20). Le manque de temps a été évoqué par nos participant comme un obstacle à la P4. Cette raison avait déjà émergé lors d'une étude qualitative sur les raisons de la suprescription d'antibiotiques par les généralistes (27). Le manque de temps ne devrait pas être un frein à une médecine de

qualité, éthique et humaine. Premièrement, prendre le temps d'informer le patient fait partie du rôle du médecin de famille et du droit du patient (28).

Deuxièmement, le généraliste a de nombreuses années devant lui. En outre, s'il est vrai que la pratique de la prévention quaternaire peut s'avérer chronophage dans l'immédiat, les quelques minutes qu'on y consacre peuvent constituer un véritable investissement pour le futur. Comme pour tout, on peut dédier une consultation à la prévention et notamment quaternaire. Enfin, de nos jours, il existe de nombreux outils pour nous aider : je pense notamment aux fiches patients imprimables du site mongeneraliste (29) ou du KCE (30).

Ce que nos participants ont perçu comme un manque de consensus entre eux, est finalement le reflet des divergences de pratiques entre les médecins qui appliquent les recommandations et ceux qui ne les appliquent pas. S'agit-il d'un choix conscient de la part de ces derniers ? Ou d'une méconnaissance des guidelines ? Malgré de grands progrès dans la formation continue des généralistes, le caractère relativement plus isolé de la médecine générale la rend en proie à une inertie à laquelle sont moins sujettes les disciplines intra-hospitalières. Nous avons d'ailleurs constaté que la plupart des médecins que nous avons interrogés ne connaissaient pas ou peu les dispositifs tels que l'échelle STOPP (30).

Nos participants l'ont remarqué, juger sa propre pratique est un exercice difficile.

Il est indispensable dans notre métier de se poser fréquemment la question du « pourquoi ? ». Avoir « un coup d'avance » sur les enjeux présumés de nos interventions et ne pas tomber dans des automatismes. Se questionner sans cesse sur la balance avantage/désavantage, et faire participer le patient dans cette démarche. Pour cela, il est essentiel mettre à jour ses connaissances en médecine factuelle, ce qui relève de la responsabilité de chacun. De plus, si les données scientifiques évoluent, le patient aussi : il est donc primordial de réévaluer fréquemment le bien-fondé des interventions qu'on lui propose. Ceci est spécialement important concernant les traitements des personnes âgées, qui sont très particulièrement sujettes à la polymédication. (32)

L'importance des soins primaires n'est plus à prouver (25). Le médecin généraliste, en tant que première ligne et par sa relation privilégiée avec le patient, est un acteur de choix en prévention quaternaire. Il reste cependant du travail à faire. Les focus group que nous avons animé ne nous ont pas donné le sentiment que les MG voulaient modifier leurs comportements dans le sens de la P4, ceci pourrait-être dû à une réduction de leur part du concept de P4 en une simple mesure visant à réduire les coûts de santé (24). En revalorisant

le rôle qu'ils peuvent jouer dans l'intérêt des patients et plus généralement d'une médecine plus humaniste, on peut espérer qu'ils se prêtent (encore) plus volontiers à la pratique de la P4 dans leur quotidien.

CONCLUSION

Les généralistes sont quotidiennement confrontés à des situations qui relèvent de la prévention quaternaire. Notre étude confirme l'importance de plusieurs facteurs de surmédicalisation relevés dans notre recherche bibliographique. Les médecins généralistes peuvent agir (directement ou non) sur une grande partie de ces facteurs, en particulier par leur relation privilégiée avec les patients. Ils ont donc un rôle primordial en prévention quaternaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Widmer D, Herzig L, Jamouille M. Prévention quaternaire : agir est-il toujours justifié en médecine de famille? *Rev Med Suisse*. 2014 Mai 14;10(430):1052-6.
- (2) Regard S, Gaspoz JM, Kherad O. Less is more. *Rev Med Suisse*. 2013 Avr 10;381(14):770-4.
- (3) Jamouille M, Roland M. Prévention quaternaire De Wonca world Hong Kong 1995 à Wonca world Prague 2013. 2013 ; Disponible sur: <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/188699>
- (4) Kuehle T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamouille M. La prévention quaternaire, une tâche du médecin généraliste. *PrimaryCare*. 2010;10(18):350-4.
- (5) Nève J, Jamouille M. La prévention quaternaire, une tâche explicite du médecin généraliste. *Rev Prescrire*. 2012 Juil ;32(345) :552-4.
- (6) Bentzen N. An international glossary for general practice/family medicine. *Fam Pract*. 1995;12:341–369.
- (7) Bentzen N, ed. *Wonca Dictionary of General/Family Practice*. Copenhagen: Maanedsskrift for Praktisk Laegegerning; 2003.
- (8) Jamouille M. Prévention quaternaire : D’abord, ne pas nuire. SBMFC 11^{ème} Congrès ; 2011 Juin 23-26, Brésil.
- (9) Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag*. 2015 Fév 4;4(2):61-4.
- (10) Gomes LE, Gusso G, Jamouille M. Teaching and learning Quaternary prevention. *Rev Bras Med Fam E Comunidade*. 2015;10(35):1-14.
- (11) Glasziou P, Moynihan R, Richards T, Godlee F. Too much medicine; too little care. *BMJ*. 2013 Juil 2; 347:f4247.
- (12) Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ*. 2012 Mai 29; 344:e3502.
- (13) Rédaction *Prescrire*. Petit manuel de pharmacovigilance. *Rev Prescrire*. 2011 ; 31 Suppl (338) S41-75.
- (14) Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002 Avr 13;324(7342):886-91.
- (15) Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Commun H*. 2008;62(7):580-3.
- (16) Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Commun H*. 2008;62(7):580-3.
- (17) Jamouille M, Bernstein J, Báez MP, Da Silva A, Wagner H. Prévention quaternaire: un concept fondé sur le temps et la relation. Première partie. Un test improbable: la connaissance de quelques-uns contre le doute de la plupart. *Médecine*. 2014 Jan;10(1):24-7.
- (18) Conseil supérieur de promotion de la santé. Examens de dépistage – pour de bonnes pratiques. 2007; Disponible sur http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/Cahiers_de_prevention/am5.pdf.
- (19) Visentin G. The Difficult Choice of « Not Doing ». Comment on “Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Overmedicalization”. *Int J Health Policy Manag*. 2015 Juin 2;4(8):559-60.
- (20) Widmer D. Care and Do Not Harm: Possible Misunderstandings With Quaternary Prevention (P4) Comment on « Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Over Medicalization ». *Int J Health Policy Manag*. 2015 Août;4(8):561-3.
- (21) Laperche J, Chevalier P. Dans le cadre de la prevention. *Minerva*. 2008 Mar;7(3):33.
- (22) Moynihan R, Heneghan C, Godlee F. Too Much Medicine: from evidence to action. *BMJ*. 2013 Déc 4;347:f7141.
- (23) Morgan S, Coleman J. We live in testing times: Teaching rational test ordering in general practice. *Aust Fam Physician*. 2014 Mai;45(5):273-6.
- (24) Bernstein J, Valle RL. Because of Science You Also Die... Comment on « Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Over Medicalization ». *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(9):615-6.
- (25) Starfield B et al. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
- (26) Poelman T. L’effet de la prevention: qu’en pensent les patients? *Minerva*. 2014 Mar ;13(2) :14.
- (27) Feron JM, Legrand D, Pestiaux D, Tulkens P. Antibiotic use in general practice in Belgium and France: between collective factors and individual responsibility. *Pathol Biol* 2009; 57(1):61-4.

- (28) Loi relative aux droits du patient : AR du 22.08.2002. Chapitre III, Art. 7 et 8.
Disponible sur
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2002082245&table_name=loi (dernière mise à jour le 14/05/2014).
- (29) SSMG. Fiches d'information des patients.
Disponible sur <http://www.ssmg.be/mongeneralistebe/fiches-info-patients>.
- (30) Rapport KCE n°224 Mambourg F et al. Un outil d'aide à la décision en cas de demande d'un dépistage du cancer de la prostate par PSA. Dernière mise à jour : Août 2014. Disponible sur :
https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_prostate_fiches-patients.pdf
- (31) Gallagher et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2008 Fév ;46(2) :72-83.
- (32) Inami. Recommandations actuelles en matière de prescription des médicaments en première ligne. Juin 2015. Disponible sur http://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/medicaments/Pages/prescription-medicaments-premiere-ligne.aspx#.Vzw0svl_ub4.

REMERCIEMENTS

A mon promoteur, Pierre-Joël Schellens pour son assiduité, sa gentillesse, et son aide lors de la réalisation de mes focus group.

A ma co-promotrice, Nadine Kacelenbogen, pour ses précieux conseils sans lesquels je n'aurais pu réaliser ce travail.

A Marc Jamouille, pour son intarissable enthousiasme, sa grande disponibilité et ses nombreuses suggestions.

A Michel Roland, pour sa relecture.

A Koen Vanherf, qui a accepté d'animer son tout premier focus group à mes côtés, et qui a défendu sans relâche nos intérêts d'étudiants filière G avec Manon Hismans.

A ma mère, pour son amour et sa compassion.

A ma grand-mère, pour son soutien tout au long de mes études et son accueil royal à chacun de mes blocus.